Revista Andaluza de

Cirugía Buca

Año 2018 / Nº 2 / Volumen 2

• INTERNATIONAL JOURNAL OF ORAL & MAXILOFACIAL SURGERY 2017. Revisión de los artículos publicados.

9

Asociación Andaluza de Cirugía Bucal





INTERNATIONAL JOURNAL OF ORAL & MAXILOFACIAL SURGERY 2017 Revisión de los artículos publicados.

Castellanos Cosano L, Cabrera Márquez R, Fernández – Fígares Conde I, Fernández Asián I, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL.

Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

La revista "International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery" es una de las revistas líderes en cirugía oral y maxilofacial a nivel internacional, publica artículos de alto grado de evidencia científica en el campo de la cirugía oral y maxilofacial. Publica cada año, con un número mensual, y un número de artículos oscilable en función del mes.

Los resúmenes de los artículos están disponibles en la base de datos SCOPUS y los textos completos pueden ser obtenidos en Science Direct®.

Los números se subdividen en diferentes disciplinas, cabe citar, que no todos los números presentan todas las categorías, siendo variables en función del mes.

- -Deformidades congénitas y craneofaciales
- -Cirugía ortognática /cirugía facial estética
- -Traumatismos
- -Trastornos de la ATM
- -Oncología de cabeza y cuello
- -Cirugía reconstructiva/plástica
- -Implantología / Cirugía Dentoalveolar
- -Patología clínica
- -Medicina Oral
- -Investigación y tecnologías emergentes

De entre todos los artículos publicados en el año 2017, los siguientes fueron escogidos debido a su interés en la aplicación práctica de la cirugía bucal.

ARTÍCULOS

W. R. Pires, J. P. Bonardi, L. P. Faverani, G. A. C. Momesso, X. M. J. P. Muñoz, A. F. M. Silva, S. R. Panzarini, A. P. F. Bassi, D. Ponzoni: Late mandibular fracture occurring in the postoperative period after third molar removal: systematic review and analysis of 124 cases. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 46–53.

INTRODUCCIÓN

La fractura mandibular tras la exodoncia de un tercer molar inferior es una complicación rara con una incidencia del 0,0034 al 0,0075%.

Factores asociados con el diagnóstico, etiología y tratamiento de las fracturas mandibulares ocurridas durante el periodo de postoperatorio siguiente a la eliminación del tercer molar inferior son discutidos. Las siguientes bases de datos fueron consultadas usando palabras claves específicas: PubMed/MEDLINE, LILACS, Embase, y Scopus.

Sexo, edad, lado, posición y angulación del diente, impactación ósea, relación entre el diente y el nervio dentario inferior, condiciones patológicas locales, etiología de la fractura, sintomatología, y tiempo entre cirugía y fractura, así como desplazamiento de la fractura y tratamiento de la misma, fueron evaluados.

MATERIAL Y METODO

Los artículos fueron seleccionados individualmente por dos de los autores.

-Criterios de elección.

Población: pacientes candidatos a la exodocia de un tercer molar inferior.

Intervención: pacientes que se han realizado la exodoncia de un tercer molar inferior. Comparación: pacientes que se presentan con fractura del ángulo mandibular tras la exodoncia de un tercer molar inferior.

Resultado: el principal resultado del estudio fue la relación entre la exodoncia del tercer molar inferior y la incidencia de fractura del ángulo mandibular.

-Estrategia de búsqueda.

Se usaron palabras claves como "tercer molar" y "fractura mandibular" así como distintas combinaciones: "extracción dental" and "fractura mandibular", etc.

-Selección de artículos.

Los criterios de inclusión abarcaban la siguiente sistemática: revisiones que incluían nuevos casos, estudios aleatorios, estudios prospectivos, estudios retrospectivos, casos clínicos y opiniones de expertos sobre fracturas man dibulares tras la exodoncia del tercer molar inferior.

-Análisis estadístico.

Los datos fueron tabulados usando Microsoft Excel 2013 y se les aplicó el test de X^2 .



Tras la búsqueda bibliográfica se seleccionaron 36 artículos que incluían 124 casos asociados a fractura mandibular. Pacientes masculinos de más de 35 años, con dientes en posición II/III y B/C, totalmente incluidos en hueso son los que presentaron mayor frecuencia de fractura y pericoronaritis (P<0,05). La fractura tardía generalmente ocurría entre la segunda y la cuarta semana tras la cirugía (P<0,05). En general, no hubo desplazamiento y el tratamiento habitual fue el enfoque no quirúrgico (P<0,05).

CONCLUSIÓN

El riesgo de fractura mandibular tras la exodoncia del tercer molar inferior está asociado a una osteotomía excesiva y/o a alteraciones locales. Los pacientes de riesgo deben ser informados sobre la importancia de una dieta adecuada en el postoperatorio. El tratamiento no quirúrgico parece ser el mejor en fracturas sin desplazamiento en pacientes colaboradores.

J. Waechter, F. R. Leite, G. G. Nascimento, L. C. Carmo Filho, F. Faot: The split crest technique and dental implants: a systematic review and meta-analysis. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46:116–128.

INTRODUCCIÓN

Esta revisión sistemática tiene como objetivos determinar: 1) la ganancia esperada de volumen óseo con la técnica de "Split Crest", y 2) cómo afecta el uso de instrumental quirúrgico en el éxito de la técnica. Se realizó una búsqueda electrónica en varias bases de datos.

MATERIAL Y MÉTODO

Dos investigadores independientes realizaron la búsqueda electrónica en las siguientes bases de datos: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), ClinicalTrials.gov, Embase, PubMed / MEDLINE, Scopus y Web of Science.

Las palabras claves que se usaron fueron: "Split crest" or "Split-crest" or "expansión de cresta" or "expansión de cresta edéntula" and "implantes dentales". La búsqueda incluía artículos publicados hasta octubre de 2015.

La siguiente información fue recogida para cada uno de los estudios incluidos: diseño del estudio, periodo de seguimiento, ciudad/país de la muestra, número de pacientes e implantes, edad promedio, tipo de implantes, zona en la que se coloca, y el espesor inicial de la cresta alveolar.

Las características metodológicas de las técnicas quirúrgicas usadas fueron: intervención realizada, instrumental usado para la osteotomía, biomateriales asociados, métodos de evaluación, criterios de éxito, variación en anchura y altura de hueso (en milímetros), tasa de éxito y tasa de supervivencia de los implantes.

RESULTADOS

En la búsqueda electrónica inicial se obtuvieron 309 artículos de los cuales 27 publicados entre 1992 y 2015 fueron seleccionados para el análisis de ganancia de hueso y tasa de supervivencia; 17 defendían el uso de instrumental quirúrgico convencional y 9 el uso de ultrasonido quirúrgico.

Un total de 4115 implantes fueron colocados en 1732 pacientes cuya edad promedio era 52 años. La tasa de supervivencia de implantes fue 97%. La tasa de ganancia de hueso en los estudios en los que se usó instrumental quirúrgico convencional fue 3,61 mm, mientras que en los que se usó ultrasonido fue de 3,69mm.

Los principales problemas identificados en este análisis cualitativo fueron la ausencia de un método de selección de la muestra aleatoria y la ausencia de un análisis estadístico.

DISCUSIÓN

Se requieren poblaciones de pacientes cuidadosamente seleccionados, grupos de control y metodoloaías bien documentados para evaluar adecuadamente la utilidad de la técnica de "split crest", ya que las altas tasas de éxito de los implantes pueden representar un sesgo en relación con el paciente pre-selección. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente que el número de pacientes excluidos, el número de implantes perdidos, los criterios de inclusión y exclusión, y datos estadísticos con respecto a la tasa de éxito del procedimiento sean reportados. A pesar de que el aumento de hueso utilizando la técnica de "split crest" parece prometedor, teniendo en cuenta la diversidad de los estudios y tipos de implante, no se pueden hacer recomendaciones definitivas, especialmente con respecto a los mejores instrumentos y diseño del implante a utilizar.

Hasani, F. Ahmadi Moshtaghin, P. Roohi, V. Rakhshan: Diagnostic value of cone beam computed tomography and panoramic radiography in predicting mandibular nerve exposure during third molar surgery. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 230–235.



INTRODUCCIÓN

La expansión palatina rápida quirúrgicamente asistida (SARPE surgically assisted rapid palatal expansión) ha sido considerado un procedimiento seguro y con baja morbilidad para el paciente. El objetivo de este estudio fue identificar las complicaciones a corto plazo encontradas después de la expansión para informar a cirujanos y ortodoncistas acerca de los riesgos para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

PACIENTES: Se evaluaron 55 pacientes, 35 mujeres y 20 hombres, que experimentaron un SARPE entre enero de 2013 y diciembre de 2014. La edad estaba comprendida entre los 13 y 47 años.

TECNICA: Todas las cirugías fueron realizadas por uno de los autores siguiendo un protocolo estandarizado. El SARPE se hizo bajo anestesia general. Los pacientes de un Hyrax. Se dejó un periodo de latencia de 7 entre la cirugía y la expansión para respetar la formación del nuevo callo. El Hyrax se activaba 0,25 mm 2 veces al día.

RESULTADOS

-LESION NERVIOSA:

16 pacientes presentaron lesión en el nervio infraorbitario; en 4 de ellos desapareció a las 2 semanas. A las 4 semanas, 3 pacientes seguían con parestesia unilateral.

-HEMORRAGIA:

6 pacientes presentaron sangrado postoperatorio.

-PROBLEMAS DENTALES Y PERIODONTALES:

se observaron en 5 pacientes: 2 tenían movilidad aumentada de los incisivos centrales, uno presentaba decoloración de uno de los incisivos y dos mostraron reabsorción radicular externa. En ningún caso hubo perdida de ningún diente.

-DOLÖR:

4 pacientes sufrieron dolor postoperatorio severo. -INADECUADA/ASIMETRICA EXPANSION:

en 3 casos se encontró expansión asimétrica.

-PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DISPOSITIVO: se observaron en 3 pacientes; en 1 no se había colocado correctamente el Hyrax antes de la cirugía y 2 tuvieron dificultad para hacer las activaciones diarias.

-OTRAS COMPLICACIONES:

7 pacientes sufrieron complicaciones tales como hematoma en la mejilla, náuseas, vómitos, etc.

DISCUSIÓN

Aunque el SARPE es considerado un procedimiento relativamente simple y con baja morbilidad cuando se compara con la cirugía ortognática, más de la mitad de los

pacientes presentaron una o más complicaciones tras la cirugía. Esto hace concluir que el SARPE, como cualquier otra técnica quirúrgica, no está exento de riesgos y que debe ser precedido de una cuidadosa planificación y selección del paciente.

G. Monaco, S. Cecchini, M.R. Gatto, G.A. Pelliccioni: Delayed onset infections after lower third molar germectomy could be related to the space distal to the second molar. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017: 46: 373–378.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio retrospectivo es determinar si la incidencia de infecciones de inicio tardío está relacionada con el espacio distal del segundo molar.

Las infecciones tardías tienen una incidencia baja, de 0,5 al 1,8 %, pero representan un verdadero problema para el cirujano porque la aparición de dolor e inflamación y la necesidad de terapia antibiótica pueden llevar al paciente a desconfiar del dentista y en ocasiones a descuidar el problema y no mencionarlo.

La impactación del tercer molar en la rama mandibular está asociada con una reducción del espacio distal y esto puede llevar a una mayor impactación de alimentos y a una mayor dificultad para mantener una higiene oral adecuada en esta zona. Se establece la hipótesis de que la ausencia de espacio distal (clase III de Pell y Gregory) puede ser el factor más importante en la aparición de infección tardía tras la exodoncia del tercer molar inferior impactado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se hizo un estudio retrospectivo de 218 germinectomias en 134 pacientes (68 mujeres y 66 hombres, edad promedio 15 años) que tenían un o dos gérmenes de terceros molares que habían sido exodonciados al menos 6 meses antes del estudio. Sólo los terceros molares incompletamente formados fueron evaluados ya que, en tales casos, es posible reducir la influencia del tamaño de la raíz y el tipo de impactación, y se puede emplear un procedimiento quirúrgico altamente estandarizado. La germinectomia se realizó por motivos ortodóncicos, antes o después de colocar la aparatología, por una falta de espacio distal y/o necesidad de hacer una distalización del 2º molar.

Todas las extracciones las realizó un mismo cirujano con más de 20 años de experiencia. En todos los casos se hizo un seguimiento del paciente durante 4 semanas para confirmar que había una buena higiene oral y ausencia de infección en el alveolo. Tres meses después de la extracción se hizo el sondaje periodontal en distal del segundo molar para verificar la completa curación.



18 de los 134 pacientes presentaron infección tardía 4 a 8 semana tras la cirugía, con exudado purulento del alveolo e inflamación. 2 de estos pacientes, ambos de 15 años de edad, presentaban una infección a las 4 semanas tras la cirugía tanto en el lado derecho como el izquierdo, con una casi completa ausencia de espacio distal al 2º molar. En total, 20 casos (9,2%) de infecciones se observaron en toda la muestra. Este estudio encuentra que el espacio distal está significativamente e inversamente correlacionado con la infección de aparición tardía (P=0,004).

Desde el punto de vista clínico, es importante para el cirujano saber que una mayor proporción de GANSS puede indicar que es menos probable que ocurra mientras que una menor proporción de GANSS puede indicar probabilidad de que ocurra este tipo de infecciones, por lo que el paciente debe estar previamente informado.

DISCUSIÓN

La pequeña muestra incluida en este estudio sugiere la necesidad de realizar más estudios con mayor cantidad de pacientes. Sin embargo, el protocolo quirúrgico adoptado en este estudio puede ser estandarizado ya que la única variable anatómica es la presencia de un espacio distal al 2º molar y la total inclusión.

En conclusión, este estudio muestra que el espacio distal del 2º molar está significativamente correlacionado con la infección de aparición tardía, entendida como aquella que aparece entre 2 y 8 semanas después de la cirugía. Clínicamente esto es importante para el cirujano porque las condiciones anatómicas particulares hacen más probable la aparición de este tipo de infección y, por tanto, esta complicación debe ser comunicada al paciente.

I.M. Mojsa, J. Stypulkowska, P. Novak, K. Lipczynski, K. Szczeklik, M. Zaleska Pre-emptive analgesic effect of lornoxicam in mandibular third molar surgery: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 614–620.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio fue establecer si el uso preventivo de lornoxicam (16 mg) en la cirugía del tercer molar asegura una analgesia postoperatoria exitosa y reduce la ingesta de analgésicos de rescate en comparación con la aplicación postoperatoria de un placebo.

MATERIAL Y MÉTODO

Noventa pacientes se dividieron aleatoriamente en tres grupos:

- -el grupo A recibió lornoxicam 60 min antes de la cirugía y placebo 60 minutos después de la cirugía;
- -el grupo B recibió placebo 60 minutos antes de la cirugía y lornoxicam 60 minutos después de la cirugía;
- -el grupo C recibió placebo 60 minutos antes de la cirugía y placebo 60 minutos después de la cirugía.

El dolor postoperatorio fue registrado en una escala visual analógica y en una escala de calificación numérica a 1, 2, 4, 6, 8, 12 y 24 h después de la cirugía. Se registraró la dosis total de ingesta de paracetamol durante las 24 h posteriores al procedimiento.

RESULTADOS

La eficacia de la analgesia postoperatoria fue mayor en los grupos administrados con lornoxicam en comparación con el grupo placebo; no hubo diferencia entre los dos grupos de lornoxicam (A y B). Los pacientes en el grupo C tuvieron su primera dosis de analgésico después de la cirugía mucho antes que los pacientes en los dos grupos de lornoxicam. La dosis promedio de paracetamol tomado en el grupo C fue de 1000 mg, mientras que fue de 500 mg en los grupos con lornoxicam.

A. C. V. Armond, C. C. Martins, J. C. R. Gloria, E. L. Galvao, C. R. R. dos Santos, S. G. M. Falci Influence of third molars in mandibular fractures. Part 1: mandibular angle—a meta-analysis. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 716–729.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta revisión sistemática fue investigar la influencia de la presencia y posición de terceros molares mandibulares en fracturas angulares.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda electrónica en PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, y bases de datos VHL, hasta enero de 2016. Los criterios de elegibilidad incluidos fueron estudios observacionales. La estrategia de búsqueda resultó en 704 artículos. Siguiendo el proceso de selección, se incluyeron 35 estudios en la revisión sistemática y 28 en el metaanálisis. Veinte estudios presentaron una puntuación menor de 6 estrellas en la escala de evaluación Newcastle- de Ottawa, indicando un riesgo de sesgo en el análisis.



La presencia de un tercer molar mandibular aumenta la posibilidad de una fractura angular (caso-control y estudios transversales: odds ratio (OR) 3,83, intervalo de confianza (IC) del 95% 3.02-4.85, I2 = 83.1%; estudios de casos y controles: OR 3,27, IC 95% 2.57-4.16, I2 = 81.3%).

Las posiciones del tercer molar más favorables a la fractura angular según la clasificación de Pell y Gregory son la clase B (OR 1.44, IC 95% 1.06-1.96, I2 = 87.2%) y clase II (OR 1.67, IC 95% 1.36-2.04, I2 = 72.4%). Mientras que la Clase A (O 0.60, IC 95% 0.45-0.81, I2 = 87.1%) y clase I (OR 0.51, IC 95% 0.37-0.71, I2 = 89.4%) actúan como factores de protección para la fractura angular.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la presencia del tercer molar aumenta las posibilidades de fractura angular en 3,27 veces y que las posiciones más favorables del tercer molar para la fractura angular son las clases B y II, mientras que las clases A y I actúan como factores de protección.

A. C. V. Armond, C. C. Martins, J. C. R. Gloria, E. L. Galvao, C. R. R. dos Santos, S. G. M. Falci. Influence of third molars in mandibular fractures. Part 2: mandibular condyle—a meta-analysis. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 730–739.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta revisión sistemática fue investigar la influencia de la presencia y posición de los terceros molares mandibulares en las fracturas del cóndilo mandibular.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda electrónica en PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Biblioteca y BVS, hasta enero de 2016. Los criterios de elegibilidad incluidos fueron estudios observacionales. La estrategia de búsqueda resultó en 704 artículos. Siguiendo el proceso de selección, se incluyeron 13 estudios en la revisión sistemática y 11 en el metaanálisis. En términos del análisis de riesgo de sesgo, se presentaron seis estudios 6 estrellas en la evaluación de la escala Newcastle-Ottawa

RESULTADOS

La presencia de un tercer molar mandibular disminuyó la probabilidad de fractura condilar (corte transversal y control de casos) estudios: odds ratio (OR) 0.26, intervalo de confianza (IC) del 95% 0.17-0.40, I2 = 87.8%; estudios de casos y controles: OR 0,30; IC del 95%: 0,16-0,58; I2 = 91,6%).

Las Posiciones del tercer molar más favorables a la fractura condilar según Pell y Gregory es la clasificación de clase A (OR 1.32, IC del 95% 1.09-1.61, I2 = 0%) y clase I (OR 1.37, IC del 95% 1.05-1.77, I2 = 32.8%).

La Clase B (OR 0.69, IC 95% 0.49-0.97, I2 = 56.0%) y clase II (OR 0.71, IC 95% 0.57-0.87, I2 = 0%) actúan como protectores factores para la fractura condilar. CONCLUSIONES.

Los resultados sugieren que la presencia de un tercer molar mandíbular disminuye la posibilidad de fractura condilar y que las posiciones del tercer molar más favorables para la fractura condilar son las clases A y I, con clases B y II actuando como factores de protección.

M. Laaveri, K. Heikinheimo, D. Baumhoer, P.J. Slootweg, R.-P. Happonen. Periosteal fasciitis in a 7-year old girl: a diagnostic dilemma. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 883–885.

INTRODUCCIÓN

La fascitis perióstica, considerada un subtipo de fascitis nodular, es una enfermedad rara benigna. La masa de partes blandas a menudo se diagnostica erróneamente como una lesión maligna debido a su rapidez y patrón de crecimiento infiltrante y características histológicas.

La fascitis nodular usualmente se encuentra en las extremidades superiores en los adultos y en la región de la cabeza y el cuello en los niños. Un diagnóstico incorrecto puede conducir a un sobretratamiento, que puede causar alteraciones en el desarrollo orofacial en niños en crecimiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una masa asintomática de rápido crecimiento, inicialmente sospechado de ser un tumor óseo maligno, se encontró en el área del ángulo izquierdo de la mandíbula en una niña sana de 7 años. El examen radiográfico reveló nódulo exofítico, expansivo y destructivo que surge de la región perióstica. El diagnóstico de fascitis perióstica se estableció sobre la base de los hallazgos histológicos en un muestra de biopsia abierta y la lesión fue posteriormente enucleada. El análisis de hibridación situ con fluorescencia reveló una reorganización del gen USP6 y confirmó el diagnóstico molecular.



CONCLUSIONES

Debido al patrón de crecimiento agresivo sin trauma externos y los resultados de la prueba de reordenamiento génico, se sugiere que la fascitis debe considerarse como una neoplasia benigna más que como un proceso reactivo. El paciente permanece libre de enfermedad a los 3 años después de la ciruqía.

S. V. Kellesarian, T. Abduljabbar, F. Vohra, V. R. Malignaggi, H. Malmstrom, G. E. Romanos, F. Javed. Role of local alendronate delivery on the osseointegration of implants: a systematic review and meta-analysis Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 912–921.

INTRODUCCIÓN

Existe controversia sobre si el alendronato administrado localmente mejora la oseointegración. El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar el papel de la administración local de alendronato (tópico o como un recubrimiento en las superficies de implantes) en la osteointegración de los implantes.

MATERIAL Y MÉTODO

La pregunta centrada fue: "¿La administracion local de alendronato afecta a la osteointegración alrededor de los implantes?". Para abordar esta pregunta, se realizaron búsquedas en bases de datos indexadas, sin tiempo o restricción de idioma, hasta e incluyendo enero del 2017. Varias combinaciones con las siguientes palabras claves fueron utilizadas: "alendronato", "bisfosfonatos", "osteointegración" y "tópico" administración". Cartas al editor, revisiones históricas, comentarios, series de casos, y los informes de casos fueron excluidos.

RESULTADOS

En total, se incluyeron 18 estudios experimentales: implantes recubiertos de alendronato se utilizaron en 13 de estos estudios y la administración local en cinco estudios. Los resultados de 11 de los estudios mostraron que el recubrimiento del implante con alendronato aumenta la formación de hueso nuevo, la fracción de volumen óseo o hueso en contacto con el implante (BIC) y las propiedades biomecánicas. Resultados de dos estudios en los cuales el alendronato se administró tópicamente mostraron un BIC alterado así como la fijación biomecánica alrededor de los implantes.

CONCLUSIONES

Desde un punto de vista experimental, la administración local de alendronato parece promover la oseo-

integración. Desde una perspectiva clínica, los resultados en modelos animales apoyan estudios en fase 1 en humanos sanos (sin comorbilidades que no sean edentulismo).

H.C. Aludden, A. Mordenfeld, M. Hallman, C. Dahlin, T. Jensen. Lateral ridge augmentation with Bio-Oss alone or Bio-Oss mixed with particulate autogenous bone graft: a systematic review. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 1030–1038.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta revisión sistemática fue probar la hipótesis de que no existe diferencia en los resultados del tratamiento con implantes al usar Bio-Oss solo o Bio-Oss mezclado con injertos óseos autólogos particulados para el aumento del reborde lateral.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda en las bases de datos MED-LINE, Cochrane Library y Embase en combinación con una búsqueda manual de revistas relevantes. Estudios humanos publicados en Inglés del 1 de enero de 1990 al 1 de mayo de 2016 fueron incluidos. La búsqueda proporcionó 337 títulos y seis estudios cumplieron los criterios de inclusión. Una variación considerable entre los estudios impidió que se realizara un metanálisis.

RESULTADOS

Las dos modalidades de tratamiento nunca se compararon en un mismo estudio. Estudios no comparativos demostraron una supervivencia del implante a 3 años del 96% con 50% de Bio-Oss mezclado con 50% injerto de hueso autógeno. Además, Bio-Oss solo o Bio-Oss mezclado con injerto óseo autógeno parece aumentar la cantidad de hueso recién formado, así como el ancho del proceso alveolar.



COCLUSIONES

Dentro de las limitaciones de esta revisión sistemática, el aumento lateral de cresta con Bio-Oss solo o en combinación con injerto óseo autógeno parece inducir hueso recién formado y aumentar el ancho del proceso alveolar, con alta supervivencia de implantes a corto plazo. Sin embargo, se necesitan estudios a largo plazo que comparen las dos modalidades de tratamiento antes de poder llegar a conclusiones finales.

Canellas JVDS, Ritto FG, Medeiros PJD. Evaluation of postoperative complications after mandibular third molar surgery with the use of platelet-rich fibrin: a systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Sep;46(9):1138-1146.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la cirugía de los terceros molares inferiores es uno de los procedimientos más comunes en la odontología, en los casos donde hay una gran cantidad de hueso recubriendo el diente o donde están impactados, la cirugía puede llegar a ser muy difícil, lo que lleva a su vez a un aumento de la manipulación del tejido, mayor tiempo de operación y en consecuencia más molestias postoperatorias. Entre las complicaciones destacan la infección, dolor, hinchazón, hemorragia oral y osteítis alveolar. La fibrina rica en plaquetas (PRF) es un concentrado de plaquetas de segunda generación, desarrollado por Chookroun et al en Francia. Este biomaterial es autólogo y tiene muchas aplicaciones clínicas. Se produce a través de la inmediata centrifugación de sangre después de la recolección. Entre sus funciones, mejora la curación a través de la liberación lenta de factores de crecimiento y citosinas que se derivan de las plaquetas y leucocitos sanguíneos. Además, su matriz de fibrina con los leucocitos reduce la morbilidad asociada con la cirugía. El PRF se utiliza en elevaciones de seno, curación del alveolo post-extracción, implantes dentales... aunque no se ha demostrado aún el efecto sobre las posibles complicaciones postoperatorias.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión sistemática es responder a la siguiente pregunta; ¿existe alguna diferencia en las complicaciones postoperatorias cuando se usa PRF en la cirugía del tercer molar inferior?

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura hasta 2016 en las bases de datos de Pubmed, Medline, Cochrane Library... Se identificaron registros adicionales a través de búsquedas manuales y de referencia. Se revisaron los artículos a texto completo de estudios potencialmente relevantes, solo se incluyen ensayos clínicos aleatorizados. Dos revisores evaluaron el riesgo de sesgo de forma independiente. Se evaluaron 1430 publicaciones, de las cuales 7 se seleccionaron para el análisis cualitativo y 2 para el análisis cuantitativo. Hubo 485 extracciones (243 pruebas y 242 controles) en 280 pacientes, con un seguimiento de 4 semanas. Este estudio fue registrado en la base de datos PROSPERO.

RESULTADOS

El proceso de selección obtuvo 1579 registros. Después de la exclusión de duplicados quedaron 1430. Se aplicaron los criterios de elegibilidad, luego de los cuales 16 potencialmente fueron elegidos. Después de leer a texto completo estos 16 registros, 7 fueron seleccionados para análisis cualitativo y 2 para análisis cuantitativo. Todos los autores correspondientes a los 7 artículos fueron contactados para agregar información. Todos los registros utilizan el protocolo de Choukroun para la preparación de PRF, centrifugación a 400 gr sin anticoagulante o agente gelificante para la formación del coágulo de fibrina.

No fue posible realizar un meta-análisis para la variable del dolor debido a la gran heterogeneidad meto-dológica en los tipos de escala utilizado. Respecto a la prevalencia de osteítis alveolar, se incluyeron 206 cirugías en 125 pacientes y el análisis cuantitativo mostró una disminución de prevalencia de osteítis alveolar con el uso de PRF (odss ratio 0.31, intervalo de confianza 95%).

También se observa una reducción del edema del hinchazón facial cuando se utiliza PRF. Se midieron las lesiones con una regla flexible y puntos visuales por Ozgul et al. Respecto a la curación ósea, no se apreció una mejor significativa clínicamente cuando se utiliza PRF y cuando no, es decir, cuando se dejaba el coágulo natural en la mandíbula.



DISCUSIÓN

Los resultados mostraron una reducción en el dolor, hinchazón y osteítis alveolar en la primera semana tras la cirugía cuando se utilizó PRF. Se podría realizar un meta-análisis solo para una medida, la osteítis alveolar. Para las variables curación ósea, dolor e hinchazón se utiliza una descripción cualitativa. La osteítis alveolar es la complicación más frecuente en la cirugía del tercer molar inferior y se caracteriza por dolor en la zona y alrededor del alveolo, con y sin halitosis, aumenta entre en primer y tercer día tras la cirugía y puede estar acompañado de un coágulo de sangre parcial totalmente desintegrado.

Una revisión retrospectiva evaluó la presencia de osteítis localizada en 200 sitios en 100 pacientes y se desveló que se puede prevenir usando PRF. Algunos factores de riesgo son el tabaco, anticonceptivos orales, falta de higiene oral, mayores de 40 años... El factor etiológico de la osteítis alveolar es el aumento de la actividad fibrinolítica y degeneración del coágulo sanguíneo.

CONCLUSIONES

En resumen, dentro de los límites de este estudio y en base a los resultados presentados podemos concluir que:

 1 - El uso de PRF en cirugía de terceros molares inferiores es un método alternativo para disminuir el dolor y el hinchazón postoperatorio.

2 - La aplicación de PRF en el alveolo post-extracción puede disminuir el riesgo de osteítis alveolar.

Abduljabbar T, Javed F, Malignaggi VR, Vohra F, Kellesarian SV. Influence of implant location in patients with and without type 2 diabetes mellitus: 2-year follow-up. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Sep;46(9):1188-1192

INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio clínico retrospectivo de 2 años de seguimiento fue evaluar la influencia de la ubicación del implante en los parámetros clínicos y radiográficos alrededor de los implantes dentales colocados en pacientes con y sin diabetes tipo 2. Según Albrektsson, la pérdida de hueso crestal (CBC) alrededor de los implantes es una variable de resultados crítica que determina el éxito general de los implantes dentales. Informaron de que se considera CBC de hasta 1.5 mm alrededor del implante seguido de 0.2 mm de pérdida anual. Aquí intervinieron muchos factores, tanto locales como sistémicos. Resultados de un reciente estudio de tomografía computarizada de haz cónico examinó el grosor de la placa bucal de la

dentición maxilar y mandibular y mostró que el grosor del hueso bucal es significativamente mayor desde la dirección coronal hacia la apical en los dientes mandibular más que en maxilar superior. Otra zona de la cresta alveolar con deficiencia de hueso natural se localiza en la base de los senos maxilares. Además, es bien sabido que la calidad ósea cambia según la zona, según Tublar et al, el hueso más denso está en la zona anterior mandibular, seguido de la zona posterior mandibular, después anterior del maxilar y por ultimo posterior del maxilar.

Varios estudios han informado de que la hiperglucemia crónica en pacientes con DM son un factor de riesgo para la inflamación de tejidos blandos y CBC alrededor de implantes dentales y dientes naturales. Esto se debe a un mayor acúmulo de productos finales de glucosa avanzada en tejidos sistémicos y orales, y aumenta la liberación de citoquinas proinflamatorias que mejoran la CBC alrededor de la dentición natural y periimplantaría.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue aprobado por el Comité de Revisión de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de King Saud, Riad, Arabia Saudi. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: individuos sometidos a terapia de implantes, individuos con diabetes mellitus, seguimiento de dos años, firma del formulario de consentimiento. Entre los criterios de exclusión: fumadores, enfermedades sistémicas como SIDA, enfermedades cardiovasculares o renales, pacientes que toman AINES o que tienen injertos óseos

Diseño transversal y retrospectivo, 27 pacientes con DM tipo 2 y 25 pacientes sin diabetes mellitus. Se establece una clasificación según la zona en mandíbula y maxilar; una zona anterior (incisivo – canino) una zona media (premolares) y una zona posterior (molares). Se midieron en todos los paciente el BOP (hemorragia periimplantaria al sondaje) y PDC (profundidad de sondaje). Ambas en 6 sitios alrededor de los implantes. Para CBC, distancia desde la parte supracestal más ancha del implante a la cresta alveolar. Las mediciones de glucosa en sangre son en ayunas.



La edad media de los pacientes con diabetes fue de 42.5 años y la de los pacientes sanos de 40.6 años. Los niveles de glucosa en sangre en ayunas de los pacientes con/sin DB fue de 74.5 mg/dl rango (66-80 mg/dl) y 82.5 mg/dl rango (79 - 88 mg/dl). A los pacientes con diabetes se les da medicamentos antihiperglucémicos. Todos los implantes se cambiaron de plataforma con diámetro de 4.1 mm y longitudes que van desde 10 - 14 mm. Todos los implantes se colocaron con un torque de inserción de 30Ncm. Se cargan a los 3,3 meses de media.

No hay diferencia estadísticamente significativa en BOP o PD en zonas de mandíbula o maxilar. Existe pérdida de hueso crestal alrededor de los implantes colocados en maxilar y mandíbula en pacientes con/sin DM.

DISCUSIÓN

Este estudio se basó en la hipótesis de que la inflamación periimplantaria de los tejidos blandos y LCR son mayores significativamente en pacientes con DM tipo 2 y son independientes de la ubicación del implante en los maxilares. A partir de estos resultados, parece que la ubicación del implante en los maxilares no influye en los parámetros inflamatorios periimplatarios y los niveles de hueso crestal. Sin embargo, es de destacar que una variedad de factores puede haber influido en los resultados actuales. En primer lugar se utilizaron criterios de elegibilidad estrictos para la inclusión, por ejemplo el tabaquismo, ya que los pacientes fumadores exhiben un CBC mayor alrededor de los implantes en comparación con los no fumadores. La corta duración de la diabetes y control glucémico, intensidad de carga sistémica y oral de inflamación fue menor en la población diabética. Este factor contribuye a minimizar CBC alrededor de los implantes colocados en ambos maxilares. Además la pérdida ósea alrededor es mayor en pacientes adultos y todos los pacientes del estudio son mayores.

CONCLUSIONES

Dentro de los límites de este estudio, se concluye que no hay influencia de la ubicación del implante en los parámetros clínicos y radiográficos alrededor de los implantes dentales colocados en pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2 durante un seguimiento de dos años.

Sivolella S, Brunello G, Fistarol F, Stellini E, Bacci C. The bone lid technique in oral surgery: a case series study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Nov;46(11):1490-1496.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio de series de casos fue ilustrar la técnica de tapa ósea implementada mediante cirugía preoperatoria para acceder a las enfermedades del hueso alveolar mandibular y evaluar los resultados clínicos y radiográficos. La técnica se utilizó para tratar 21 pacientes, 6 casos de quistes, 9 dientes impactados con quiste, 3 dientes con tumor odontogénico queratoquístico, 2 dientes impactados y 1 lesión endodóntica. La tapa ósea se diseñó con cirugía piezoeléctrica y una inserción de ostectomía delgada.

Después del procedimiento quirúrgico la tapa ósea se reemplazó y se fijó con miniplacas. En el seguimiento de 12 meses, las complicaciones fueron documentadas. La lesión y la tapa en 19 casos curaron. Un paciente tuvo parestesia leve. Se han propuesto alternativas a la ostectomía, como el uso de endoscopio para enuclear tumores quísticos y la técnica llamada tapa de hueso.

Ésta tapa de hueso proporciona una mejor visibilidad intraoral, evitando la formación de defectos óseos. El método implica formar una ventana ósea con ayuda de instrumentos de osteotomía delgados. Para facilitar la osteosíntesis, la tapa se fija rígidamente con miniplacas. El objetivo del presente estudio fue investigar el uso de la técnica de tapa ósea en asociación con instrumentos quirúrgicos y la fijación rígida con miniplacas.

MATERIAL Y MÉTODO

Cumpliendo con el protocolo de HELSINKI, aprobado por la junta de Revisión Ética del Hospital de Padova. Estudio realizado de 2008 a 2015.

La técnica de aplicó a 21 pacientes, 15 varones y 6 mujeres, con una media de edad de 40.5 años. Entre los criterios de inclusión destacan: mayores de 18 años, necesidad de extirpar una lesión que involucre el proceso alveolar mandibular, estado general de salud bueno, riesgo ASA 1 – 2, presencia de pared ósea vestibular y grosor mínimo de 1 mm. Se excluyen pacientes embarazadas, tratados con bifosfonatos, radioterapia de cabeza y cuello. Todos los pacientes son operados con anestesia local o sedación consciente. Se dan antibióticos profilácticos 1 hora antes y una semana después. 2 semanas después se retiran los puntos.



El seguimiento promedio fue de 2.3 años. A las dos semanas los tejidos blandos habían cerrado por intención primaria y eran de color normal, sin evidencia de inflamación. Tampoco hubo signos de necrosis, separación o exposición ósea. 3 pacientes tuvieron hipoestesia del nervio dentario inferior, en uno se hizo permanente. Las miniplacas se eliminaron en 8 casos, por molestias y por presencia de fístulas. En 20 de los casos tratados, las íneas de osteotomía ya no eran visibles debido a la perfecta reintegración del hueso en el hueso circundante.

En los 11 casos en los que se comparó la radiolucidez pre y post-operatoria, a los 12 meses, hubo una reducción del volumen de media de 93.8%. de los 3 pacientes con tumores odontogénicos, no se observó ninguna recurrencia del tumor en el CBCT.

DISCUSIÓN

La técnica resultó ser segura y válida, con integración documentada en 20-21% de los casos de esta serie. Hubo recuperación de más del 90% del volumen óseo y solo 2 pacientes tuvieron complicaciones a largo plazo. Este método de tapa ósea se utiliza para extracciones dentales, para un buen acceso a lesiones óseas o alveolares. También usada para controlar el desplazamiento accidental de cuerpos extraños hacia el seno maxilar.

La técnica perimitió la enucleación completa de las lesiones, así como un preciso examen del campo quirúrgico, sin recurrencias. Sin embargo, es necesario el seguimiento anual a largo plazo para los pacientes diagnosticados de tumores odontogénicos.

Un estudio retrospectivo de Oh et al informó sobre una mayor tasa de complicaciones con tapas óseas que con ostectomía para acceder a la mandíbula, pero realmente se debe a que esta técnica se utiliza para quistes más grandes. La tapa debe ser mayor de 1 mm de hueso, para una mejor fijación y disminuir así el porcentaje de riesgo de fractura.

Akhlaghi F, Khaheshi I, Amirhassani S, Tabrizi R. Do antiplatelet drugs increase the risk of bleeding after tooth extraction? A case-crossover study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Nov;46(11):1475-1478.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de hemorragia después de la extracción dental en pacientes que toman aspirina o clopidogrel. Los factores antiplaquetarios se utilizan en la prevención secundaria de enfermedades cardiacas y cerebrovasculares, pacientes con cardiopatías isquémicas, infarto agudo de miocardio...

La dosis baja de clopidogrel y aspirina es el antiplaquetario más comúnmente recetado. La aspirina afecta a la ruta de la cicloxigenasa e inhibe la actividad plaquetaria. Este efecto es irreversible sobre la vida útil de las plaquetas (7-10 días). El clopidogrel bisulfato es un inhibidor de ADPA directo que se une a su receptor. Esto afecta a la posterior activación mediada por ADP de la glicoproteína GPIIb/IIIA y da como resultado el sangrado excesivo. Es similar a la aspirina.

Estudios previos han defendido que los pacientes que son candidatos a las extracciones dentales puede seguir tomando antiagregantes sin tener riesgo excesivo de sangrado.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra viene del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Unión de ciencias médicas Shahid Beheshti entre el 1 de septiembre de 2014 y el 31 de septiembre de 2016. Los pacientes elegibles para la inclusión en el estudio, los que tomaban aspirina 80mg/dia y clopidogrel 75mg/dia y fueron candidatos para la extracción bilateral del primer y segundo molar. Los pacientes que tomaban fármacos antiplaquetarios dobles o anticoagulantes. Todas las extracciones son simples, sin levantamiento de colgajo ni istectomía. Todos tuvieron consentimiento de su cardiólogo y/o médico de cabecera. El grupo 1 tomaba aspirina. El grupo 2 tomaba clopidogrel. En la sesión 1 se realizaban exodoncias sin dejar la medicación, y en la sesión dos se realizaban las exodoncias dejando de tomar la medicación.

RESULTADOS

38 pacientes fueron estudiados en dos grupos, 20 en el grupo 1 y 18 pacientes en el grupo 2. La media de edad en el grupo 1 fue de 59.9 años y la media en el grupo 2 fue de 63.1 años. Había una significativa diferencia entre la sesión 1 y 2, en el grupo 1 para el tiepo de cierre de colágeno y epinefrina. Destaca una gran diferencia entre seguir tomando la medicación y dejarlo 5 días antes.

También una significativa diferencia en el grupo dos entre la sesión 1 y 2, también una gran diferencia entre tomar y no tomar la medicación durante los 5 días previos. No se observan diferencias significativas en el sangrado entre la sesión 1 y 2 en el grupo 1 según la escala de gravedad de sangrado después de la extracción. El análisis de los datos nos reveló una gran diferencia entre las sesiones 1 y 2 en el grupo 2 para la sucesión del sangrado después de la extracción de acuerdo con el VAS: vasodilatador.



DISCUSIÓN

La administración contínua de antiplaquetarios es tremendamente importante para los pacientes con alto riesgo de tromboembolia. Los medicamentos antiplaquetarios tienen una protección efecto activo contra el infarto agudo de miocardio o angina de pecho, ACV en 3.4 veces en comparación con no tomarlos. El efecto de los medicamientos antiplaquetarios aparecen a las 96 horas de la última toma/ingesta. A pesar del riesgo de sangrado para los pacientes que toman anticoagulantes a nivel terapeútico y si se someten a cirugía dental, Wahl et al anunció en 1988 que el riesgo de cirugía era mínimo y que podía controlarse con gestión local. Napones et al concluyó que no hay un aumento clínicamente significativo en el riesgo de hemorragia postoperatoria después de la cirugía dental invasiva en pacientes que toman medicamentos antiplaquetarios en toma única o doble.

El tiempo de hemorragia tiene una baja confiabilidad para la predicción de riesgo de hemorragia en pacientes que pueden tener riesgo, por ejemplo, tomando AINES. En pacientes que tomaron aspirina o clopidogrel se podía esperar una hemorragia medida, que podía controlarse mediante instrucciones en el periodo postoperatorio a la extracción dental. Según este estudio se podían realizar extracciones sin retirar la aspirina o clopidogrel.

Ishii S, Abe S, Moro A, Yokomizo N, Kobayashi Y. The horizontal inclination angle is associated with the risk of inferior alveolar nerve injury during the extraction of mandibular third molars. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Dec;46(12):1626-1634.

INTRODUCCIÓN

La extracción de los terceros molares mandibulares puede provocar una lesión del nervio alveolar inferior. Por lo tanto, es importante evaluar la proximidad de la raíz del diente al canal alveolar inferior previo a la extracción. El sistema de clasificación de Pell y Gregory y la clasificación de Winter se utilizan comúnmente para evaluar la relación posicional del tercer molar inferior según radiografías.

La lesión postoperatoria más complicada es la parestesia de la lengua y/o del labio inferior por la lesión del nervio dentario inferior, o el nervio lingual. El porcentaje de lesión va de 0.35% al 8.4% donde menos del 1% es la lesión de parestesia permanente. Existen varios factores de riesgo, como el sexo, edad, experiencia clínica, edema, técnica... La radiografía más utilizada es la panorámica o la OPG, pues tiene ventajas como que se ve el esqueleto de la cavidad oral, baja radiación y bajo coste, pero tiene también una serie de in-

convenientes como que solo se ven dos dimensiones y no se puede ver claramente y específicamente la relación anatómica del cordal y conducto del nervio dentario inferior, solo con CBCT.

Además, hay muchas clasificaciones para predecir el riesgo de lesionar el nervio implicado, las clasificaciones más destacadas son la de Winter y la de Pell - Gregory.

MATERIAL Y MÉTODO

La junta de revisión institucional del Hospital metropolitano Hiroo de Tokio aprobó el diseño del estudio. Incluyó los dientes de 68 pacientes seleccionados al azar que se sometieran a radiografías panorámicas y tomografías computarizadas en el Hospital de Japón desde abril de 2015 hasta marzo de 2016. Se excluyeron los pacientes con quistes o tumores odontogénicos y otras lesiones alrededor del cordal y de la rama. Se incluyeron los pacientes que se sometieron a la extracción del tercer molar inferior y los que no.

RESULTADOS

105 dientes en 68 pacientes con una edad media de 38 años, había 25 hombres y 43 mujeres, 55 dientes estaban en el lado derecho y 50 en el lado izquierdo. Según Pell y Gregory: examinaron 105 dientes, 23 clase 1, 58 clase 2 y 24 clase 3. Además, 20 posiciones A, 72 B Y 13 C. Se encontró que el porcentaje de dientes A disminuyeron de la clase 1 a 3, mientras que el porcentaje en posición C aumentó. Sin embargo, no hubo tendencia en el porcentaje de dientes en posición B. Además, el porcentaje de dientes en clase 1 disminuyó de posición A a la C, mientras que el porcentaje dientes de clase 3 aumentó. No hubo tendencia de porcentaje en clase 2.

La mayoría estaban en posición mesio-angular, seguidos de posición horizontal, invertidos, verticales y disto-angulados(según Winter).

DISCUSIÓN

Este estudio no encontró diferencias significativas en la distancia de la raíz del cordal hasta el conducto del nervio dentario inferior en la categoría de inclinación como el sistema de clasificación de Winter.

Sin embargo, la distancia de invasión aumentó de la clase 1 a la 3 (según Gregory) y hubo una distancia significativa entre estas. Las proporciones de dientes en la medida de este estudio han variado ampliamente: el rango es de 10.95% para clase 1, 47 - 72% para clase 2 y 2.3 - 18.3% para clase 3. Y en el rango es 21 - 51% para posición A, 35 - 48% para posición B, y 12 - 17% para posición B. Los individuos estudiados fueron aquellos con panorámicas e imágenes TC.



Usando la clasificación de Winter, Costa et al concluyó que la mayoría de cordales estaban e posición vertical (46%), segidos de los mesioangulados (35%) y de los horizontales (17%). Mientras que otros autores muestran que los más frecuentes son los mesioangulados seguidos de los verticales. En la mayoría de los casos había evidencia de relación de la raíz del tercer molar inferior con el conducto del nervio dentario inferior, cuando se ve que pueden estar en contacto o en íntima relación, se debe de realizar un CT convencional o un CBCT para ver la proximidad real.

Ventä I, Vehkalahti MM, Huumonen S, Suominen AL. Signs of disease occur in the majority of third molars in an adult population. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Dec;46(12):1635-1640.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar los signos clínicos y radiográficoss de la enfermedad de los terceros molares dentro de una población representativa de la población adulta finlandesa de 30 años o mayores. Los terceros molares en adultos jóvenes se han investigado en informado ampliamente, especialmente las muestras de pacientes relacionados con la cirugía. Se sabe menos sobre pacientes menores de 30 años. Las encuestas de salud más completas han sido llevadas a cabo en Alemania, EEUU, Corea del Sur y Reino Unido, además de Finlandia. La presencia de terceros molares se presentó en dos estudios. El primer estudio, terceros molares clínicamente visibles, un 30% en un rango de 30 – 34 años y un 5% de mayores de 65 años en Finlandia.

En el segundo estudio se observó una bajada en el número promedio de terceros molares visibles en una población de EEUU, bajó del 1.485 al 0.81% por persona de 20 - 69 años de edad. Los estudios poblacionales que incluyen hallazgos clínicos y radiográficos de terceros molares son claramente raros. Las radiografías revelan indicaciones de que no se pueden ver mediante el examen visual. Sin embargo, hasta la fecha no se han publicado datos completos.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue identificar clínica y radiográficamente patología de terceros molares en pacientes de más de 30 años en Finlandia.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio formó parte de la encuesta de salud 2000, factor de impacto de la investigación Bioresource, organizado por el instituto de Salud y Bienestar, (THL) en Finlandia. Se realizó entre 2000 y 2001. La encuesta se basó en el diseño y metodología de muestreo de clúter estratificado en 2 etapas. La muestra principal incluyó 8028 sujetos de más de 3º años, de

los cuales 6335 se sometieron a un examen oral clínico y se observaron OPG para 6115 pacientes. Se excluyeron 110 pacientes por su mala calidad de imagen. La edad mínima fue de 52 años y el 46% eran hombres y el 54% mujeres. Los equipos de campo fueron formados por un dentista y una enfermera, todos entrenados bajo el mismo criterio.

RESULTADOS

Los pacientes eran reconocidos por un número de 6 dígitos, para no expresar su identidad. La autoridad de radiación y seguridad nuclear (STUK) de Finlandia concedió una licencia de seguridad. La aprobación ética de los exámenes de pacientes se aprobó en la universidad de Helsinki y Uusimaa. El número de terceros molares encontrados fue de 5665. La mayoría de ellos habían erupcionado. Algunos más de la mitad de la población estudiada estaban en el grupo de los jóvenes.

El signo más común de enfermedad fue la caries o la restauración, con una prevalencia del 68%. El segundo signo más prevalente encontrado fue la presencia de bolsa periodontal de más de 4 mm en la raíz distal del segundo molar relacionado con el cordal. Entre otros riesgos o signos encontrados adicionales, destacan las fracturas y las impactaciones en los tejidos blandos.

DISCUSIÓN

El resultado de este estudio es que en la población objetivo, casi todos los terceros molares erupcionados o impactados, se asociaron con al menos un signo de enfermedad dental o afectación patológica. Los resultados surgieron en un número sorprendentemente mejor en hallazgos patológicos que los publicados hasta ahora. Esta discrepancia podría explicarse por el hecho de que los estudios se centraran principalmente en los dientes impactados o estudiados en subpoblaciones más pequeñas.

Los resultados de las encuestas de población representados a nivel nacional no están disponibles para comparar los signos de enfermedad. Sin embargo, Stanley et al, los cuales estudiaron panorámicas de 3072 molares impactados, concluyeron finalmente que se puede esperar algún tipo de cambio patológico en el 12% de los sujetos con terceros molares y en el 1.8% de la población.

PARA REFERENCIAR ESTE ARTÍCULO: Castellanos L, Cabrera R, Fernandez IR, Fernández-Fígares I, Torres D, Gutiérrez JL. International Journal of Oral & Maxillofacial Suergery 2017 - Revisión de artículos. Revista Andaluza de Cirugía Bucal. 2018;2(2): 19-31.

Cirugía Bucal

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Pires WR, Bonardi JP, Faverani LP, Momesso GA, Muñoz XM, Silva AF, Panzarini SR, Bassi AP, Ponzoni D. Late mandibular fracture occurring in the postoperative period after third molar removal: systematic review and analysis of 124 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 46–53.
- 2. Waechter J, Leite FR, Nascimento GG, Carmo Filho LC, Faot F. The split crest technique and dental implants: a systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 116-128.
- 3. Hasani, F. Ahmadi Moshtaghin, P. Roohi, V. Rakhshan: Diagnostic value of cone beam computed to-mography and panoramic radiography in predicting mandibular nerve exposure during third molar surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 230–235.
- 4. Danesh-Sani SA, Tarnow D, Yip JK, Mojaver R. The influence of cortical bone perforation on guided bone regeneration in humans. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 261–266.
- 5. Verquin M, Daems L, Politis C. Short-term complications after surgically assisted rapid palatal expansion: a retrospective cohort study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 303-308.
- 6. Monaco G, Cecchini S, Gatto MR, Pelliccioni GA. Delayed onset infections after lower third molar germectomy could be related to the space distal to the second molar. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 373-378.
- 7. Dieleman FJ, Phan TTT, van den Hoogen FJA, Kaanders JHAM, Merkx MAW.The efficacy of hyperbaric oxygen therapy related to the clinical stage of osteoradionecrosis of the mandible. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017;46:428-433.
- 8. Yu HJ, Jia P, Lv Z, Qiu LX. Autotransplantation of third molars with completely formed roots into surgically created sockets and fresh extraction sockets: a 10-year comparative study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 531-538.
- 9. Emanuelsson J, Allen CM, Rydin K, Sjöström M. Osteoblastoma of the temporal articular tubercle misdiagnosed as a temporomandibular joint disorder. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 610-613
- 10. Mojsa IM, Stypulkowska J, Novak P, Lipczynski K, Szczeklik K, Zaleska M. Pre-emptive analgesic effect of lornoxicam in mandibular third molar surgery: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 614-620.
- 11.Armond ACV, Martins CC, Glória JCR, Galvão EL, Dos Santos CRR, Falci SGM. Falci Influence of third molars in mandibular fractures. Part 1: mandibular angle-a meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 716-729.
 - 12. Armond ACV, Martins CC, Glória JCR, Galvão

- EL, Dos Santos CRR, Falci SGM. Influence of third molars in mandibular fractures. Part 2: mandibular condyle—a meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 730–739.
- 13. Lääveri M, Heikinheimo K, Baumhoer D, Slootweg PJ, Happonen RP. Periosteal fasciitis in a 7-year old girl: a diagnostic dilemma. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 883-885.
- 14. Kellesarian SV, Abduljabbar T, Vohra F, Malignaggi VR, Malmstrom H, Romanos GE, Javed F. Role of local alendronate delivery on the osseointegration of implants: a systematic review and meta-analysis . Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 912-921.
- 15. Aludden HC, Mordenfeld A, Hallman M, Dahlin C, Jensen T. Lateral ridge augmentation with Bio-Oss alone or Bio-Oss mixed with particulate autogenous bone graft: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 1030-1038.
- 16. Kilic K, Sakat MS, Gozeler MS, Demirci E. Parotid gland involvement as an initial presentation of papillary thyroid carcinoma. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46: 965–967.
- 17. Canellas JVDS, Ritto FG, Medeiros PJD. Evaluation of postoperative complications after mandibular third molar surgery with the use of platelet-rich fibrin: a systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Sep; 46:1138-1146.
- 18. Abduljabbar T, Javed F, Malignaggi VR, Vohra F, Kellesarian SV. Influence of implant location in patients with and without type 2 diabetes mellitus: 2-year follow-up. Int J Oral Maxillofac Surg 2017; 46:1188-1192
- 19. Wang L, Liu K, Shao Z, Shang ZJ Management of the condyle following the resection of tumours of the mandible. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46:1252-1256.
- 20. Rozeboom A, Dubois L, Bos R, Spijker R, de Lange J. Open treatment of unilateral mandibular condyle fractures in adults: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46:1257-1266
- 21. Sivolella S, Brunello G, Fistarol F, Stellini E, Bacci C. The bone lid technique in oral surgery: a case series study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46:1490-1496.
- 22. Akhlaghi F, Khaheshi I, Amirhassani S, Tabrizi R. Do antiplatelet drugs increase the risk of bleeding after tooth extraction? A case-crossover study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46:1475-1478.
- 23. Ishii S, Abe S, Moro A, Yokomizo N, Kobayashi Y. The horizontal inclination angle is associated with the risk of inferior alveolar nerve injury during the extraction of mandibular third molars. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46:1626-1634.
- 24. Ventä I, Vehkalahti MM, Huumonen S, Suominen AL. Signs of disease occur in the majority of third molars in an adult population. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017; 46:1635-1640.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Andaluza de Cirugía Bucal publica artículos científicos relacionados con el campo de la Cirugía Bucal que sean de interés para cualquier odontoestomatólogo que desarrolle dicha área en su práctica profesional.

El Comité Editorial seguirá de forma estricta las directrices expuestas a continuación, siguiendo la normativa de Vancouver. Los artículos que no se sujeten a ellas serán devueltos para corrección, de forma previa a la valoración de su publicación.

Todos los artículos remitidos a esta revista deberán ser originales, no publicados ni enviados a otra publicación, siendo el autor el único responsable de las afirmaciones sostenidas en él.

Todos aquellos autores que quieran mandar su artículo científico podrán hacerlo enviándolo vía e-mail revista@aacib.es, enviando un archivo con el texto del manuscrito en formato Word para PC, y las imágenes en archivos distintos en formato TIFF o JPG.

TIPOS DE ARTÍCULOS

- 1. Artículos originales, que aporten nuevos datos clínicos o de investigación básica relacionada con la Cirugía Bucal.
- 2. Revisiones y puesta al día que supongan la actualización, desde un punto de vista crítico científico y objetivo, de un tema concreto. No existe limitación en el número de citas bibliográficas, si bien se recomienda al autor o autores, que sean las mínimas posibles, así como que sean pertinentes y actualizadas. Además, dado el interés práctico de esta publicación, el texto debe estar apoyado en un adecuado material iconográfico.
- 3. Resúmenes comentados de literatura actual. Serán encargados por la Revista a personas cualificadas e interesadas en realizar una colaboración continuada.
- 4. Casos clínicos, relacionados con problemas poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos, serán publicados en esta sección. Deben contener documentación clínica e iconográfica completa pre, per y postoperatoria, y del seguimiento ulterior, así como explicar de forma clara el tratamiento realizado. El texto debe ser conciso y las citas bibliográficas limitarse a las estrictamente necesarias. Resultarán especialmente interesantes secuencias fotográficas de tratamientos multidisciplinarios de casos complejos o técnicas quirúrgicas.
- 5. Cartas al director que ofrezcan comentarios o críticas constructivas sobre artículos previamente publicados u otros temas de interés para el lector. Deben tener una extensión máxima de dos folios tamaño DIN-A4 escritos a doble espacio, centradas en un tema específico y estar firmadas. En caso de que se viertan comentarios sobre un artículo publicado en esta revista, el autor del mismo dispondrá de la oportunidad de respuesta. La pertinencia de su publicación será valorada por el Comité Editorial.
- 6. Otros, se podrán publicar, con un formato independiente, documentos elaborados por Comités de Expertos o Corporaciones de reconocido prestigio que hayan sido aceptados por el Comité Editorial.

AUTORES

Únicamente serán considerados como autores aquellos in-

dividuos que hayan contribuido significativamente en el desarrollo del artículo y que, en calidad de tales, puedan tomar pública responsabilidad de su contenido. Su número, no será, salvo en casos excepcionales, superior a 7. A las personas que hayan contribuido en menor medida les será agradecida su colaboración en el apartado de agradecimientos. Todos los autores deben firmar la carta de remisión que acompañe el artículo, como evidencia de la aprobación de su contenido y aceptación íntegra de las normas de publicación.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

El documento debe ser enviado, en formato Word para PC sobre una página de tamaño DIN-A4 blanco, a 1,5 espacio de interlineado, con márgenes mínimos de 25 mm y con hojas numeradas. Asimismo, se enviarán las imágenes en formato JPG o TIFF en archivos independientes al documento, nunca insertadas en el texto.

Los artículos originales deberán seguir la siguiente estructura:

Primera página

Debe contener:

- 1. El título del artículo y un subtítulo no superior a 40 letras y espacios, en español.
- 2. El nombre y dos apellidos del autor o autores, con el (los) grado(s) académico(s) más alto(s) y la afiliación a una institución si así correspondiera.
- 3. El nombre del departamento(s) e institución(es) responsables.
- 4. La negación de responsabilidad, si procede.
- 5. El nombre del autor responsable de la correspondencia sobre el documento.
- 6. La(s) fuente(s) de apoyo en forma de subvenciones, equipo o fármacos y el conflicto de intereses, si hubiera lugar.

Resumen

Una página independiente debe contener, el título del artículo y el nombre de la revista, un resumen estructurado del contenido del mismo, no superior a 200 palabras, y el listado de palabras clave en español. Las palabras clave serán entre 3 y 10 términos o frases cortas de la lista del «Medical Subject Headings (MeSH)» del «Index Medicus».

Los trabajos de investigación originales contendrán resúmenes estructurados, los cuales permiten al lector comprender rápidamente, y de forma ordenada el contenido fundamental, metodológico e informativo del artículo. Su extensión no debe ser superior a 200 palabras y estará estructurado en los siguientes apartados: introducción (fundamento y objetivo), material y metodología, resultados y conclusiones.

Introducción

Debe incluir los fundamentos y el propósito del estudio, utilizando las citas bibliográficas estrictamente necesarias. No se debe realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, ni incluir datos o conclusiones del trabajo que se publica.

Material y metodología

Será presentado con la precisión que sea conveniente para que el lector comprenda y confirme el desarrollo de la investigación. Métodos previamente publicados como índices o técnicas deben describirse solo brevemente y aportar las correspondientes citas, excepto que se hayan realizado modificaciones en los mismos. Los métodos estadísticos empleados deben ser adecuadamente descritos, y los datos presentados de la forma menos elaborada posible, de manera que el lector con conocimientos pueda verificar los resultados y realizar un análisis crítico. En la medida de lo posible las variables elegidas deberán ser cuantitativas, las pruebas de significación deberán presentar el grado de significación y si está indicado la intensidad de la relación observada y las estimaciones de porcentajes irán acompañadas de su correspondiente intervalo de confianza. Se especificarán los criterios de selección de individuos, técnica de muestreo y tamaño muestral, empleo de aleatorización y técnicas de enmascaramiento. En los ensayos clínicos y estudios longitudinales, los individuos que abandonan los estudios deberán ser registrados y comunicados, indicando las causas de las pérdidas. Se especificarán los programas informáticos empleados y se definirán los términos estadísticos, abreviaturas y símbolos utilizados

En los artículos sobre ensayos clínicos con seres humanos y estudios experimentales con animales, deberá confirmarse que el protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos y Experimentación Animal del centro en que se llevó a cabo el estudio, así como que el estudio ha seguido los principios de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

Los artículos de revisión deben incluir la descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar y resumir los datos.

Resultados

Aparecerán en una secuencia lógica en el texto, tablas o figuras, no debiendo repetirse en ellas los mismos datos. Se procurará resaltar las observaciones importantes

Discusión

Resumirá los hallazgos relacionando las propias observaciones con otros estudios de interés y señalando las aportaciones y limitaciones de unos y otros. De ella se extraerán las oportunas conclusiones, evitando escrupulosamente afirmaciones gratuitas y conclusiones no apoyadas completamente por los datos del trabajo.

Agradecimientos

Únicamente se agradecerá, con un estilo sencillo, su colaboración a personas que hayan hecho contribuciones sustanciales al estudio, debiendo disponer el autor de su consentimiento por escrito.

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser las mínimas necesarias. Como norma, no deben superar el número de 30, excepto en los trabajos de revisión, en los cuales el número será libre, recomendando, no obstante, a los autores, que limiten el mismo por criterios de pertinencia y actualidad. Las citas serán numeradas correlativamente en el texto, tablas y leyendas de las figuras, según el orden de aparición, siendo identificadas por números arábigos en superíndice.

Se recomienda seguir el estilo de los ejemplos siguientes, que está basado en el Método Vancouver, «Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles», que se puede consultar en la siguiente web:https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Se emplearán los nombres abreviados de las revistas de acuerdo al «Abridged Index Medicus Journal Titles», basado en el «Index Medicus». Puede consultarlo aquí (https://www.nlm.nih.gov/bsd/aim.html)

Es recomendable evitar el uso de resúmenes como referencias, y no se aceptará el uso de «observaciones no publicadas» y «comunicaciones personales». Se mencionarán todos los autores si son menos de seis, o los tres primeros y et al, cuando son siete o más.

Tablas

Deben presentarse en hojas independientes numeradas según su orden de aparición en el texto con números arábigos. Se emplearán para clarificar puntos importantes, no aceptándose la repetición de datos bajo la forma de tablas y figuras. Los títulos o pies que las acompañen deberán explicar el contenido de las mismas.

Figuras

Serán consideradas figuras todo tipo de fotografías, gráficas o dibujos, deberán clarificar de forma importante el texto y su número estará reducido al mínimo necesario.

Se les asignará un número arábigo, según el orden de aparición en el texto, siendo identificadas por el término «Figura», seguido del correspondiente guarismo.

Los pies o leyendas de cada una deben ir indicados y numerados.

Las imágenes deben enviarse, preferentemente en formato JPG o TIFF, con una resolución de 300 píxeles por pulgada, nunca pegadas en el documento de texto.

AUTORIZACIONES EXPRESAS DE LOS AUTORES A RACIB

Los autores que envien sus artículos a RACIB para su publicación, autorizan expresamente a que la revista reproduzca el artículo en la página web de la que RACIB es titular.











